

COMMONWEALTH OF KENTUCKY
CRIME VICTIMS COMPENSATION BOARD
130 Brighton Park Blvd. Frankfort, KY 40601
800-469-2120 - 502-573-2290

COMPENSACION PARA LAS VICTIMAS DE CRIMENES

INFORMACION GENERAL E INSTRUCCIONES PARA REALIZAR UN RECLAMO

Siguiendo las instrucciones que aparecen debajo podrá agilizar el proceso de su reclamo

- Lea la solicitud detalladamente y provea todos los documentos requeridos.
- Escriba en mayúscula de forma legible usando tinta azul o complete la solicitud a máquina.
- **Una copia del informe policial debe ser suministrada adjuntamente.**
- Envíe por correo ésta solicitud completamente terminada junto con toda la información obligatoria a la dirección que aparece arriba.

INFORMACION ADICIONAL

- La víctima debe ser una víctima inocente del crimen o de alguna conducta por la que pueda ser acusada de un crimen (una declaración de culpabilidad no es requerida).
- La persona que realiza el reclamo en el nombre de la víctima puede ser una tercera persona que es obligada a pagar por las cuentas de la víctima en relación con el crimen; un tutor legal; el abogado o la persona que tenga poder legal otorgado por la víctima; un padre/madre si la persona es un menor; un esposo/esposa sobreviviente, un padre/madre, o un niño/niña víctima de una conducta criminal con daños por los cuales alguien muere como resultado directo de tal conducta quien ha pagado o debe gastos en relación con el crimen.
- El incidente debe ser informado a la policía dentro de las 48 horas; si no es informado dentro del tiempo requerido, se debe tener una causa que justifique tal acción.
- La víctima o la persona que realiza el reclamo debe cooperar con la ley y el tribunal (ejemplo: testificar y/o proveer información fidedigna requerida para enjuiciar al sospechoso de crimen).
- El límite para hacer un reclamo es de cinco años desde el momento del crimen, excepto que exista una causa que justifique una tardanza.
- CVCB no paga por ningún tipo de daño o pérdida de la propiedad, excepto por lentes correctivos destruidos o perdidos como resultado del crimen.
- La cantidad que CVCB puede pagar tiene un límite de \$5,000 para gastos de funeral y/o entierro y de \$25,000 en total por todos gastos resultantes del crimen.
- No se pueden aceptar aplicaciones sin un número de identificación emitido por el Gobierno para el reclamante o victim.

IMPORTANTE

Para acelerar la revisión de su reclamo, complete ésta forma en su totalidad y lo más precisamente posible. Ud. deberá presentar la documentación necesaria para su tipo de reclamo. Todos los reclamos serán investigados y verificados.

COMMONWEALTH OF KENTUCKY
CRIME VICTIMS COMPENSATION
BOARD

130 Brighton Park Blvd.
Frankfort, KY 40601
800-469-2120
502-573-2290

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

RECLAMO NO: _____

INVESTIGADOR: _____

SECCION I Información de la Víctima (para ser completada por la víctima o la persona que completa la forma por la víctima)

Nombre de la Víctima: _____ Número de identificación emitido por el Gobierno: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Masculino Femenino
Mes Día Año Al momento del crimen

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (casa): _____ (trabajo) _____ (celular): _____

Correo Electrónico: _____

SECCION II Información de la persona que completa la forma en nombre de la víctima (para ser completado por la persona que ayuda a la víctima a hacer éste reclamo)

Nombre: _____ Relación con la víctima: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social No. _____
Mes Día Año

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (casa): _____ (trabajo) _____ (celular): _____

Correo Electrónico: _____

SECCION III Información sobre el Crimen (UD. DEBE ADJUNTAR UNA COPIA DEL INFORME POLICIAL)

Tipo de Crimen
(Marque uno)

- Agresión
- Homicidio (asesinato)
- Agresión Sexual Adulto
- Agresión Sexual Niño/a
- Abuso Físico Niño/a
- Agresión Intrafamiliar
- DUI/Manejando Ebrio
- Otros _____

Lugar del Crimen: _____
Dirección Ciudad Condado

Fecha del Crimen: _____ Fecha Reportado: _____
Mes Día Año Mes Día Año

Crimen Reportado a: _____
Agencia del Orden Público

Fue el crimen reportado dentro de las 48 horas del suceso Si No

Si contesto no, por favor explique porque:

Nombre del Infractor: _____

¿Ha sido el infractor acusado de un crimen? Si No Si dice sí, que cargos: _____

¿Qué Corte?: Distrito: _____ Circuito: _____ Juvenil: _____
Número de Caso Número de Caso Número de Caso

SECCION IX. Información Financiera (*Esta información es sobre la persona que está solicitando la asistencia.*)
Excluir gastos requeridos en este reclamo.

Ingreso mensual total antes del accidente _____ Gastos pagados por mes _____

Ingreso mensual total actual _____ Gastos pagados por mes _____

Escriba TODAS las fuentes de ingresos: (incluya cada fuente de ingreso incluyendo el sueldo de su esposa/o, estampillas de comida, asistencia pública, manutención de menores, Seguro Social, pensiones, Indemnización por Accidente de Trabajo, beneficios de Veterano, AFDC, o cualquier otro ingreso de dinero.

Escribe los ingresos mensuales debajo.

SECCION X. Funeral / Gastos de Entierro (*Esta sección debe ser completada sólo si la víctima ha fallecido*)

REINTEGRO O PAGO DEL FUNERAL/GASTOS DE Entierro NO PUEDEN EXCEDER LOS \$5,000

DEBERA ADJUNTARSE EL CONTRATO DEL FUNERAL MOSTRANDO LA PERSONA RESPONSABLE

Fecha del deceso: _____
 Mes Día Año

Escriba los beneficios disponibles de cada una de las fuentes mencionadas a continuación: (Escriba todos los montos que ha recibido o que espera recibir por la víctima o por la persona que hace el reclamo por la víctima). **Esto incluye cualquier dinero que pueda recibir a través de contribuciones o donaciones.**

Seguro de Vida: \$ _____ Indemnización por Accidente de Trabajo: \$ _____ Seguro de Entierro: \$ _____

Seguro Social: \$ _____ Testamento: \$ _____ Otros: \$ _____

Nombre de la Casa Funeraria: _____

Dirección: _____ Teléfono _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Cantidad en Gastos Funerarios: \$ _____ ¿Ya han sido pagados? () Si () No

Si contesto sí, ¿quién hizo el pago? : _____ Relación con la víctima: _____

Dirección: _____ Teléfono _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

SECCION XI. Pérdida de Apoyo Económico (*Complete ésta sección si Ud. depende financieramente de la víctima o si Ud. está solicitando la ayuda por alguien que depende financieramente de la víctima.*)

Situación laboral de la víctima al momento del crimen: Empleado Desempleado

Si estaba empleado, **DEBERA adjuntar la forma Employment Verification completada y firmada por el EMPLEADOR y NOTORIZADA.**

Escriba los ingresos que Ud. recibe ahora como resultado de la muerte de la víctima (**Ud. deberá escribir todos los ingresos que ha recibido y deberá adjuntar la documentación mostrando las cantidades y de dónde provienen.**)

Seguro Social: \$ _____ Indemnización por Accidente de Trabajo: \$ _____ Asistencia Pública: \$ _____

AFDC: \$ _____ Otros: \$ _____

(Fuente de Ingreso y Cantidad Recibida)

SECCION XII. Información para el Gobierno Federal (Opcional /Sólo para uso Estadístico)

Grupo Étnico (Víctima)

- Blanco
- Negro
- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Hispano (México, Puerto Rico, Cuba u otra cultura Hispana)
- Multiracial

- Ciudadano Norteamericano
- Discapacitado
- Crimen Federal
- Residente de Kentucky

¿Quién lo refirió al programa de compensación?

- Agencia Del Orden Público
- Defensor de la Víctima
- Juez
- Hospital
- Fiscal
- Otro _____

SECCION XIII. Restitución y Juicio Civil (Complete la información respecto a los pagos que la corte ha ordenado pagarle a Ud. por el infractor o cualquier acuerdo que Ud. tenga o reciba como resultado del juicio)

La víctima y/o la persona que completa la información por la víctima, planea o ha presentado una petición para un juicio civil en contra de cualquier persona en relación con los daños sufridos como resultado del crimen. Si No

Si contesto sí, nombre del abogado _____

Dirección: _____ Teléfono: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Al infractor la corte le ha ordenado pagar una restitución. Si No Si contesto sí, ¿cuánto? \$ _____

¿Cómo se pagará? _____

SECCION XIV. Autorización y Sustitución

VERIFICACION DE LA SOLICITUD: Por este medio certifico, sujeto a una penalidad, multa o encarcelamiento que la información contenida en ésta solicitud de Victims Compensation es verdadera y correcta en lo mejor de mis capacidades.

SUBROGACION: Con respecto al pago recibido del Crime Victims Compensation Board, en el evento que recupere daños o compensación del infractor o de alguna otra entidad pública o privada como resultado de las lesiones o fallecimiento que fue la base para que yo realizara un reclamo para obtener una compensación del fondo, estoy de acuerdo en devolver en su totalidad la cantidad recibida del fondo. A si mismo entiendo que una compensación de alguna entidad pública o privada incluye pero no está limitada a las organizaciones como, seguros, Medicare, Medicaid, Indemnización por Accidente Laboral, pagos por incapacidades, etc. También estoy de acuerdo y entiendo que en el futuro, ninguna parte de lo recuperado a través del Crime Victims Compensation Board podrá ser reducido por ningún cuenta o por ninguna otra razón.

Si elijo obtener una compensación por daños o una compensación daños o muerte de alguna fuente, avisaré prontamente al Crime Victims Compensation Board enviando copias de cualquier alegación, acuerdo, y cualquier otro documento relacionado con el caso. También estoy de acuerdo en cooperar con el Crime Victims Compensation Board si la Junta decide tomar acción en contra de alguna persona o entidad para la recuperación de toda o una parte de la compensación que he recibido del fondo.

MEDICO / PSIQUIATRA / DESPIDO DEL EMPLEO: Por este medio autorizo a cualquier hospital, médico, director de casa funeraria, empleador, compañía de seguro, la agencia de servicios sociales, la oficina de Seguro Social, un consejero de salud mental o un nosocomio, o cualquier otra persona o firma a brindar alguna o toda la información requerida. Entiendo y reconozco que mis informes de salud mental tal vez contengan información confidencial sobre mí, información respecto a drogas, abuso de alcohol, mi condición de enfermo de SIDA, u otra información personal. También reconozco y no culpabilizo a ningún hospital, médico, director de casa funeraria, empleador, compañía de seguro, la agencia de servicios sociales, la oficina de Seguro Social, un consejero de salud mental o a ningún empleado de su personal responsable por brindar información sobre mi informe.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Ud. no está obligado a tener un abogado para asistirlo en completar su solicitud; de cualquier modo, si un abogado lo asiste en completar y enviar ésta solicitud, el abogado deberá firmar la solicitud.

Nombre de Abogado: _____ Seguro Social o Identificación Federal: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del Abogado: _____ Fecha: _____

VERIFICACION DE EMPLEO

Para ser completada y firmada únicamente por el empleador
DEBE estar NOTARIZADA

COMMONWEALTH OF KENTUCKY
CRIME VICTIMS COMPENSATION BOARD
130 Brighton Park Blvd.
Frankfort, KY 40601

Nombre del Empleado: _____ Seguro Social: _____

Fecha del Crimen: _____ La víctima estaba empleada en el momento del crimen: Si No

Si contesto que sí, complete lo siguiente:

Nombre del Empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección:

Dirección Ciudad Estado Código Postal

La víctima perdió días de trabajo a causa de los daños relacionados con el crimen: Si No

Si contesto que sí, desde _____ hasta _____.

La lista de abajo representa **MONTOS SEMANALES**

Ingresos Brutos: \$ _____ Dinero en Mano Por Semana: \$ _____

Retenciones de Impuestos Federales: \$ _____ Retenciones de Impuestos del Estado: \$ _____

Retenciones del Seguro Social: \$ _____

Otras retenciones (detallada): \$ _____ Días que normalmente trabaja por semana L M M J V Sab Dom
(Por favor marque con un círculo)

La víctima ha regresado a trabajar: Si No El sueldo de la víctima continuó cuando ésta no trabajaba: Si No

Si el sueldo de la víctima continuó mientras la persona no trabajaba, complete lo siguiente:

<i>Deducciones</i>	<i>Monto Por Semana</i>	<i>Desde (Fecha)</i>	<i>Hasta (Fecha)</i>
Indemnización Laboral	\$		
Desempleo	\$		
Privadas o Salud	\$		
Vacaciones	\$		
Enfermedad	\$		
Seguro proveído por Empleador	\$		
Discapacidad	\$		
Sindicato	\$		
Otros, Especifique	\$		

Firma y Cargo del Empleador

SUBSCRIBE Y JURA ANTE MI _____

EL DIA _____ DE _____, 20_____

MI COMISION EXPIRA _____

NOTARIO PUBLICO: _____

COMMONWEALTH OF KENTUCKY
 CRIME VICTIMS COMPENSATION BOARD
 130 Brighton Park Blvd.
 Frankfort, KY 40601
 (800) 469-2120

INFORME DEL CONSEJERO DE SALUD MENTAL
Para ser completado por el CONSEJERO únicamente. Deberá incluir el Plan de Tratamiento.

Persona que recibe servicios: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha del Crimen: _____

Fecha(s) en que la víctima estuvo incapacitada para trabajar: desde _____ hasta _____.

El trauma y tratamiento son resultado directo del crimen: Si No

Persona que realiza el Reclamo: _____

Análisis del Expediente: _____

Descripción de la lesión y/o trauma psicológico resultante del crimen:

COMPañIA QUE PROVEE EL SEGURO MEDICO:

Nombre de la Compañía	Numero de Teléfono/ Extensión
Dirección	Ciudad
	Estado
	Código Postal

****POR FAVOR ADJUNTE EL PLAN DE TRATAMIENTO SEPARADAMENTE****

Firma Autorizada del Terapeuta / Consejero	Número de Teléfono		
Tipo de Licencia Especializada			
Dirección Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Licencia Profesional No. / Identificación Federal			